

平成19年度 高知県 高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験① 受験申込書

(注) 裏面の「記入方法」をよく読んで記入してください。

(表面)

試験区分				受験番号 (記入しないでください)		国籍等 1 日本国籍 2 永住者 3 特別永住者	
ふりがな				受験に必要な資格・免許等		資格・免許の名称	
氏名						取得(見込)年月日	取得済・見込の別
生年月日	昭和 年 月 日生	性別	男・女	平成 年 月 日	取得済・取得見込		
現住所	(〒 -) 電話() 最も連絡の取りやすいもの(携帯電話可)を記入してください。						
合格通知先住所	(〒 -) 電話() 最も連絡の取りやすいもの(携帯電話可)を記入してください。						
学歴	学 校 名	学 部・学 科 名	所在地 (都道府県市町村名まで)	修学期間	卒業等の別		
(最終学歴から順に記入)	(最終)			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	修了・卒業・卒見 中退		
	(その前)			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	修了・卒業・卒見 中退		
私は、高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験の受験資格をすべて満たしています。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。				平成 年 月 日	氏 名 (必ず本名を自筆で記入してください。)		

(切り離してはいけません)

平成19年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験①

写 真 票

試験区分		写 真 欄 (1) 申込の際に、ここに写真を貼ってください。 (2) 最近6か月以内に撮影した上半身脱帽正面向きのもの(スナップ写真不可) (3) 写真を貼っていない申込書は受付しません。 (タテ4cm×ヨコ3cm程度)
受験番号	(記入しないでください)	
ふりがな		
氏名		

平成19年度 高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験①

受 験 票

(裏面も記入)

試験区分		注意事項 (1) この受験票は試験会場に必ず持参してください。 (2) 試験当日は筆記用具(HB鉛筆又はシャープペンシル、消しゴム必携)を持参してください。
受験番号	(記入しないでください)	
ふりがな		性別
氏名		男 女

◎受験に当たっての要望事項について(希望する人のみ記入)

※車いす等補装具は各自用意してください。

氏名		受験番号	(記入しないでください)
----	--	------	--------------

- (1) 車いすの使用
1 有 (車椅子に座ったままで受験 ・ 会場の椅子に移って受験)
2 無
- (2) その他の補装具の持ち込み使用 1 有 2 無
・ ルーベ(拡大鏡) ・ 電気スタンド ・ 補聴器
・ その他()
- (3) その他要望事項があれば具体的に記入してください。

試 験 成 績 開 示 請 求 書

高知県・高知市病院企業団企業長 様

高知県・高知市病院企業団(高知医療センター)職員採用試験①の私の成績の開示を求めます。

平成 年 月 日

請求者

住所 _____

氏名 _____

受験番号 _____

(注)裏面の「注意事項」をよく読んでください。